Parotitis nach Ovariotomie.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 4. AUGUST 1893

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Hugo Rüttermann

aus Essen a. d. Ruhr.

OPPONENTEN: Herr Dr. med. Jos. Felgenauer.
„ Dr. med. Clemens Otto.
„ Dr. med. Paul Röseler.

BERLIN

C. VOGT'S BUCHDRUCKEREI (E. EBERING).

Linkstrasse 16.

Seinen teuren Eltern

als geringes Zeichen

kindlicher Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535707_0037

Die Entzündung der Ohrspeicheldrüse ist sowohl in den früheren Decennien, als auch in unseren Tagen vielfach Gegenstand so reger ärztlicher Betrachtung gewesen, dass eine nähere Bekanntschaft mit derselben wünschenswert erscheint. Im folgenden will ich versuchen, diese Krankheit in ihren für das Verständnis wichtigsten Zügen vorzuführen, ihrem Verlauf und ihrem mutmasslichen Ursprung nachzugehen.

Virchow, der sich zuerst eingehend mit diesem Capitel beschäftigte, erkennt als Grundlage der acuten Parotitis überhaupt nur eine katarrhalische Entzündung und unterscheidet 3 Gruppen: 1. die der primären meist epidemischen einfachen Katarrhe (Mumps); 2. die der secundären purulenten und 3. die der specifisch ichorrhaemisch-metastatischen.

Rindfleisch ist der Ansicht, dass nur die Parotitis bei Infectionskrankheiten das Recht auf directen Ursprung aus dem Blute habe. Sagt er doch: „der Entzündungsreiz wird der Speicheldrüse wohl in allen Fällen von derjenigen Schleimhautoberfläche zugeleitet, auf welcher ihr Ausführungsgang mündet, nur die Parotitis bei Infectionskrankheiten hat in unseren Anschauungen noch das Recht auf directen Ursprung aus dem kranken Blute, welches die Drüse durchströmt.“

Doch schon Bruns erhebt Widerspruch gegen die

Lehre Virchows und Rindfleischs, dass Parotitis immer mit Katarrh combiniert sei. So sei z. B. bei Soor noch niemals eine Parotitis bemerkt worden.

Vogel unterscheidet nur zwei Arten von Parotitiden: 1. eine idiopathische, zu der er auch die epidemischen und die Erkältungsparotitiden rechnet — er hält die epidemische für eine contagiöse Krankheit, wenn sie sich auch durch die geringe Beteiligung des Gesamtorganismus von anderen Infectionskrankheiten unterscheidet —; 2. eine deuteropathische Parotitis, beruhend auf Erkrankungen des Blutes.

Bei etwas genauerer Einteilung der Parotitiden müssen wir heute 4 Gruppen derselben unterscheiden und zwar: 1. die Parotitis epidemica; 2. die Parotitis bei Infectionskrankheiten; 3. die Parotitis, welche durch ein Trauma hervorgerufen wird, oder secundär nach Entzündung der Umgebung entsteht; 4. die Parotitis welche in den letzten Jahren nach Operationen in specie Ovariotomie beobachtet ist.

Wenn es auch den eifrigen Forschungen der Bacteriologen noch nicht gelungen ist, das entzündliche Agens der Parotitis epidemica zu entdecken, so müssen wir dieselbe dennoch ihrer Symptome wegen zu den Infectionskrankheiten rechnen.

Betrachten wir die anamnestischen Angaben bei der Parotitis epidemica, so finden wir, dass die Patienten meist dem Proletariat angehören, welche gezwungen sind, sich den Unbilden der Witterung auszusetzen, ungesunde, feuchte Häuser bewohnen und sich nur dürftig nähren und kleiden können, kurz welche unter ganz ungesunden hygienischen Verhältnissen ihr Leben fristen. Es sind vorwiegend kleine Epidemien, welche in unseren Breiten zur nasskalten Jahreszeit im Frühling, Herbst und Winter auftreten. In einzelnen Orten sind sie ständig, während andere Orte ganz verschont bleiben. Das grösste Contingent der Kranken stellen Kinder männlichen Geschlechts zwischen 2—14 Jahren. Es ist beobachtet worden, dass Soldaten, welche in bestimmten Festungsgräben Posten standen, vom

Mumps befallen wurden, dies scheint auf ein atmosphärisch-tellurisches Miasma hinzuweisen, ähnlich wie bei Malaria. Meist tritt der Mumps einseitig auf und zwar vorwiegend links, nur in einem Viertel der Fälle werden beide Parotiten befallen. Die Localerscheinungen sind heftig, die zwischen den Fascien eingeklemmte geschwollene Parotis verursacht grossen Schmerz. Die Kranken können den Mund nicht öffnen, klagen über Ohrensausen etc. Das Allgemeint befinden ist gestört, Mattigkeit, Uebelsein, Erbrechen befällt die Patienten. Fieber ist zwar vorhanden, erreicht aber selten einen hohen Grad, ausnahmsweise bis 40°. Vom zweiten Tage ab sinkt das Fieber schon, und bis zum 7. Tage ist es fast ganz erloschen, während die Localerscheinungen noch andauern, Leichtenstern sagt von der Parotitis epidemica, dass sie einen typischen, vom Grade der Localaffection unabhängigen Fieberverlauf mit Nachlass der Temperatursteigerung bei noch nicht vollendeter Rückbildung der localen anatomischen Veränderungen zeige. Es würde also das Fieber ein Beweis der Zugehörigkeit des Leidens zu den allgemeinen Infectionskrankheiten sein.

Die Prognose des Mumps ist bei zweckentsprechender Behandlung durchaus günstig. Selten tritt Abscedirung der Drüse ein.

Sonderbar und auch heute noch unaufgeklärt ist die Combination der Parotitis mit Erkrankungen der Genitalorgane und zwar sowohl beim männlichen als beim weiblichen Geschlecht. Schon Hippocrates war diese Thatsache bekannt. Die Hodenanschwellung tritt meist einseitig auf und zwar, während die Parotitis meist links erscheint, vorwiegend rechts. Kinder und Greise scheinen immun zu sein, sie zeigt sich nur bei pubertätsreifen Individuen. Sie besteht (beim Manne) in Orchitis und Epididymitis.

E. Levy sah in der Krementschuger Rekrutenkaserne während einer Mumpsepidemie häufig Parotitis mit Orchitis und Epididymitis. Es traten sogar einzelne Orchitiden auf, die weder auf gonorrhoische noch auf traumatische Entzündung zurückzuführen waren und lediglich als vereinzelt

gebliebenes Symptom des gerade herrschenden Mumps aufzufassen waren.

Tillmanns will Entzündung der Urethra mit tripperartigem Ausfluss und entzündliches Oedem beobachtet haben.

Combeau bringt Beobachtungen bei, welche zeigen, dass die Conjunctiva, Rachen- und Harnröhrenschleimhaut sowie die Vulva sich im Laufe der Krankheit entzünden können. Er spricht sich desshalb entschieden für die Auffassung der Parotitis als Allgemeinerkrankung mit mehrfacher Localisation und gegen die Metastasentheorie aus.

Blondeau behauptet, dass an Gonorrhoe leidende Mumpskranke keineswegs zu Hodenanschwellung geneigt seien und den Mumps ohne alle Complication durchzumachen pflegen. Sehr vereinzelt finden sich in der Litteratur auch Fälle, wo ein mehrmaliger Wechsel zwischen Parotitis und Hodenerkrankung vorgekommen sein soll.

Hochinteressant war eine Beobachtung während einer Danziger Epidemie. Zwei Grenadiere derselben Compagnie erkrankten in rascher Folge, der eine nach leichter Parotitis, der andere, ohne dass eine solche nachgewiesen werden konnte, an schmerzhafter Mastitis dextra, welche beim ersten nach geringer Intensität und Extensität sistierte und nur eine indolente mit leichter Vergrösserung einhergehende Drüseninduration hinterliess, während beim letzteren nach anfänglich ähnlichem Verlauf ohne erneuerten Anlass eine starke Recrudescenz eintrat derart, dass sowohl die anhaltende Schmerzhaftigkeit, als namentlich das stetige Wachstum der Geschwulst zur Exstirpatio mammae zwang. Die microscopische Untersuchung ergab eine einfache Gewebshypertrophie ohne Beimengung bösartiger Elemente.

Bruns erwähnt ein eclatantes Beispiel von Hodenatrophie nach Mumps. Dogny sah in der Garnison 23 Hodenatrophieen nach Mumps.

Beim Weibe compliciert sich die Parotitis oft mit schmerzhafter Schwellung der Brüste, der äusseren Geschlechtsteile, der Ovarien, ja sogar mit Hypersecretion

der Scheide. Auch hier können die Erkrankungen der Genitalien als initiales Symptom auftreten.

Matwalf berichtet uns folgendes: Krügelstein rappelle une épidémie qui se produisit en Westphalie durant laquelle succombaient surtout les femmes, les unes avec des lésions de deux ovaires les autres avec des lésions de la matrice.

Dumarest hat diesen Fall beobachtet: Une jeune fille de 19 ans fut atteinte de parotidite épidémique au moment ou elle allait avoir ses règles. Le sang ne vint pas du tout. De fortes douleurs survinrent dans la région des ovaires et leur apparition coïncida avec la diminution rapide de la tumeur parotidienne.

Peter erzählt: Bei einer 23jährigen Frau cessierte im Jahre 1848 die vorher regelmässige Menstruation. Seit damals hatte sie eine Reihe von Parotisentzündungen, jedesmal links. Dieselben kamen zur Zeit der fehlenden Periode. Einigemal trat statt derselben eben zu jener Zeit eine Blutgeschwulst der linken grossen oder kleinen Schamlippen auf.

Ein 16jähriges Mädchen, so berichtet Meynet, das noch nie menstruiert hatte, bekam unter Fiebererscheinung eine doppelseitige rechts mehr ausgesprochene Parotitis. Als dieselbe fast ganz geschwunden war, traten plötzlich heftige Schmerzen im Unterleib und zwar in der Gegend der Fossae iliacae namentlich rechts auf. Bei der Untersuchung zeigte sich das rechte Ovarium sehr empfindlich und geschwollen. Die Empfindlichkeit und Schwellung nahm allmählig wieder ab und waren fast ganz geschwunden, da schwollen unter Fiebererscheinungen wieder beide Parotiden, worauf sich der Schmerz über den Fossae iliacae ebenfalls wieder einstellte. Nach einiger Zeit schwanden beide Symptome.

Wir können bei Erwägung aller dieser Erscheinungen wohl nicht umhin, die Parotitis epidemica für eine Erkrankung des ganzen Organismus zu halten mit besonderer Vorliebe ihrer Localisation auf die Parotis. Das pathogene Microbion entzieht sich zwar noch unserer Wahrnehmung, doch giebt es ja noch eine ganze Reihe un-

zweifelhafter Infectionskrankheiten, deren Mikroorganismen wir noch nicht kennen. Für die Allgemeinerkrankung des Organismus sprechen die Prodomalerscheinungen, die häufig auftreten, ehe die Parotis ergriffen ist, hierfür spricht die Lymphdrüsenschwellung, die Milzschwellung, die Hodenschwellung u. s. w. Dies beweist die fast sichere Immunität gegen die Erkrankung, nachdem man dieselbe einmal glücklich überstanden. Warum nun das Microbion der Parotitis epidemica gerade mit Vorliebe die Parotis und den Genitalapparat befällt, ist eine noch offene Frage. Es ist eben ein Naturgesetz, dass die Bacterien ihre für sie besonders praedisponierten Gewebe und Organe haben.

Die zweite und wohl die grösste Gruppe umfasst die Parotitiden, welche sich an eine primäre Infectionskrankheit anschliessen. Sie combiniert sich hauptsächlich mit Typhus abdominalis, Typhus recurrens, Typhus exanthematicus, Morbilli, Scarlatina, Diphtherie, Variola, Pest, gelbem Fieber, Choleratyphoid, Dysenterie, Pleuritis, Aneumonie, Puerperalfieber, Peritonitis, Pyämie, Sepsis etc. Auch bei Syphilis, namentlich congenitaler entwickelt, sich zuweilen Parotitis. In der Regel werden diese Parotitiden sich wohl herleiten von einer Stomatitis, die sich gern diesen Krankheiten zugesellt, obwohl eine Infection durch die Blutbahn nicht ausgeschlossen werden kann.

Eine von allen bisherigen Ansichten abweichende Lehre stellt C. E. Hoffmann auf. Er betrachtet die Parotitis nach Abdominaltyphus als eine parenchymatöse Degeneration. Er fand nämlich, dass die Speicheldrüsen während des Typhus fester, derber erschienen, ein mehr oder weniger intensives braungelbes Ansehen annahmen und sich prall anfühlten. Auch die einzelnen Abteilungen der Drüse waren sehr hart, etwa von der Consistenz des Knorpels und knirschend beim Einschneiden. Dabei sah er microscopisch die Drüsenacini gefüllt mit dicht aneinander gelagerten sehr grossen mehrkernigen Zellen. Später traten in diesen Zellen zahlreiche Körnchen auf, die zum Teil aus Fett bestanden, die Zellen wurden trüb, verloren die scharfen Conturen, und ein Teil zerfiel. Allmählig

wurde die Drüse wieder rot und weich, und die Härte und Spannung nahmen ab. Er hält diese Schwellung für eine Wucherung des Parenchyms mit Retention des Inhalts. Später zerfielen die gewucherten Drüsenzellen unter fettiger Degeneration und der Detritus wurde mit dem sich verflüssigenden Inhalt der Speicheldrüsen fortgeschafft. Die Parotisveränderungen fand er bei 83% der Typhuskranken. Selten wäre er zu intensiveren Entzündungen gekommen, welche die Aufmerksamkeit des Patienten und Arztes auf sich gezogen hätte. Er betrachtet daher die Parotitis nur als eine bedeutende Steigerung der sich im Typhus gewöhnlich an dieser Drüse findenden Veränderungen und setzt sie in das gleiche Verhältnis, wie etwa die Geschwürsbildung und Perforation im Darm gegenüber der Infiltration der Follikel und Plaques. Den Grund des häufigsten Befallens der Parotis sieht er in der engen und festen Umsschliessung der Drüse durch die Fascie, wodurch es leicht zu stärkerer Spannung und damit verbundenen heftigen Entzündungserscheinungen käme.

Dunin fand bei eitriger Parotitis nach Abdominaltyphus die gewöhnlichen Eitercoccen und glaubt an eine metastatische Entstehung nach secundärer septischer Infection von den Darmgeschwüren.

Wie es nach Abdominaltyphus zuweilen zu eitriger Parotitis kommt, lässt Hoffmann in seiner sonst so plausibel klingenden Erklärung ganz unerörtert. Sonderbar ist es auch, dass das Auftreten der Parotitis nicht mit der Acme des Fiebers zusammenfällt, ja sogar oft bei leichten Erkrankungen eintritt.

Zu wesentlich anderen Resultaten kam Hanau auf Grund sorgfältiger microscopischer Studien. Er fand Microorganismen in den grossen Drüsenröhren und in dem dieses umgebenden Gewebe. „Mithin kann ich mit Sicherheit die Behauptung aufstellen, dass in den von mir untersuchten Fällen von Speicheldrüsenentzündung diese Affection durch Eindringen von Micrococcen in die Speichelgänge von der Mundhöhle aus hervorgerufen worden ist und

absolut nichts mit einer metastatischen Verbreitung eines primäi anderweitig localisierten Virus zu thun hat."

Ganz kann ich mich dem Urteile Hanaus nicht anschliessen, denn von den 5 Fällen fehlt bei einem die Anamnese, es ist ein altes Präparat der Sammlung. Die anderen Fälle betreffen sämtlich chronisch Kranke, die dem Proletariat angehörten und nichts für die Pflege und Reinigung des Mundes thaten. Der erste war ein Potator, der dritte ein Phthisiker, der zweite Fall ging an Peritonitis nach Beckenabscess und jauchiger Pyosalpinx zu Grunde, der vierte starb nach der Herniotomie an Sepsis. Auch giebt Hanau nicht an, welche Micrococcen er gefunden. Trotzdem einmal Soor im Munde des Patienten nachgewiesen wurde, hat Hanau denselben in der Drüse nicht nachzuweisen vermocht. Wenn ferner Hanau die metastatische Infection leugnet, wie erklärt er dann, dass die ganze Parotis plötzlich ödematös mit starker Hyperaemie schwillt? Diese Punkte hat Hanau noch unaufgeklärt gelassen, mithin zur Discussion gestellt, und aus diesen liesse sich wenigstens eine Anschauung gewinnen, die von der seinigen wesentlich abweicht. In der Mehrzahl der Fälle mag Hanau Recht haben, aber viele bleiben noch unaufgeklärt. Auch war das Material, über welches Hanau verfügte doch gar zu gering, um ein sicheres Urteil abgeben zu können. Ausserdem scheint mir der von ihm angeführte und von Welti untersuchte Fall doch sehr für eine Infection durch die Blutbahn zu sprechen, denn während sich in den Eiterherden der Acini Coccen nachweisen liessen, waren diese in den Speichelröhren nicht vorhanden, während doch Eiter dort zu finden war.

Auch gegen die mechanische Erklärung, dass durch Stagnation der Mundhöhlenflüssigkeit die Parotitis erzeugt werde, machen sich einige schwerwiegende Bedenken geltend. Es fällt erstens auf, dass die Parotitis so selten auftritt, da Trockenheit der Mundhöhle fast bei jedem exquisiten Typhus wochenlang besteht, und zweitens sieht man bei verschiedenen besonders die Wangenschleimhaut stark ergreifenden Processen, bei Soor, bei der einfachen

und der auf Mercurialismus beruhenden Stomacace dieselbe niemals eintreten. Es bleibt deshalb nichts übrig, als dass wir auch hier unsere Zuflucht zu den rein theoretischen Veränderungen der Blutmischung nehmen.

Der Ausgang dieser Parotitis ist ganz verschieden. Häufig tritt Resolution und Restitutio ad integrum ein, doch sind Fälle von förmlicher Verjauchung nicht selten. „Die Entzündung kann sich auf das subcutane und intermusculäre Bindegewebe im Gesicht, am Hals und Nacken fortsetzen und bedeutende Zerstörung hervorrufen, ja sie kann selbst Periostitis der Gesichts- und Schädelknochen erzeugen, auch auf das innere Ohr und die Organe der Schädelhöhle übergehen."

Zur dritten Gruppe der Parotitiden gehören diejenigen, welche durch ein Trauma entstehen oder secundär durch Entzündung der Umgebung hervorgerufen werden z. B. bei Periostitis der Schädelknochen, Scorbut, Caries der Zähne und der Mandibula, Erysipelas faciei, Otorrhoe, Meningitis, Phosphornecrose, Speicheldrüsensteinen und Speicheldrüsentumoren. Diese Parotitiden werden ihre Erklärung in einer Infection durch die Lymph- oder Blutgefässe finden.

Ausser den bisher abgehandeltenParotitiden ist in den letzten Jahren von Seiten hervorragender Operateure wiederholt die Aufmerksamkeit auf eine Entzündung der Parotis nach Ovariotomie gelenkt worden. Diese Entzündungen sollen eine eigene Species von Erkrankungen bilden, und man ist vielfach der Meinung, dieselben ständen in Beziehung zu den Operationen am Ovarium, ähnlich wie Connex bestehe zwischen Parotitis epidemica und den gleichzeitigen Erscheinungen am Genitaltractus.

Bevor ich jedoch näher auf diese Art von Parotitiden eingehe, kann ich nicht umhin, noch einige ganz besonders interessante Fälle von Parotitis anzuführen, die für die mich hier besonders interessirende pathogenetische Richtung wichtig sind und die geeignet sind, den Glauben an einen Connex zwischen Parotitis und Ovariotomie zu zerstören oder doch mindestens sehr fraglich erscheinen zu lassen. Während nämlich von einigen Autoren ausdrücklich darauf

hingewiesen worden ist, dass diese Parotitis nur nach Ovariotomie vorkomme, beweisen diese Fälle, dass auch andere Operationen durch Parotitis compliciert sein können.

So erwähnt Berth einen Fall von Parotitis suppurativa nach hoher Amputation des Cervix. Die Patientin ein decrepides marantisches Individuum, unterzog sich wegen Carcinoma portionis dieser Operation am 25. VI. 1885. Am 28. VI. 1885 erschien unter einer Temperatursteigerung von 39° eine Schwellung der rechten Parotis. Die Zunge war stark belegt. Am 5. VII. 1885 wurde eine Incision hinter dem Ohre gemacht, aus der sich Eiter entleerte. Die Patientin wurde am 7. VI. 1885 entlassen. Die Parotitis war fast ganz geschwunden, das Aussehen der Wunde gut.

Goodell sah eine Parotitis nach einer Cervixvissoperation eintreten.

Den interessantesten Fall jedoch berichtet uns Schmalle. Er sah eine Parotis suppurativa nach Haemorrhoidaloperation. Die Patientin war eine 48jährige Frau, welche sich am 3. V. 1886 der Operation unterzog, welche mit dem Paquelin vorgenommen wurde. Unter leichter Temperatursteigerung erschien am 7. V. 1886 eine schmerzhafte Schwellung der rechten Parotis, der sich eine Facialislähmung derselben Seite anschloss. Es wurde eine Incision vor dem Ohre gemacht. Da sich nach einigen Tagen Fluctuation hinter dem Ohre und im äusseren Gehörgang zeigte, so wurde am 13. 5. 1886 auch an diesen beiden Stellen incidiert. Die Temperatur fiel auf 37,4°. Die Anuswunde war beständig in guter Heilung. Die Parotitis ging auch bald in Heilung über, während die Facialislähmung noch lange bestand und zur Zeit der Veröffentlichung des Falles noch nicht vollständig gehoben war.

Mann erwähnt einen Fall von Parotitis nach einer perforierenden Wunde des Abdomens. Ausserdem findet sich in der Litteratur noch ein Fall von Parotitis nach Exstirpation einer malignen Geschwulst am Nabel.

Billroth hat unter 7 Hodenquetschungen einmal

eine Entzündung der sonst in keiner Weise afficierten rechten Parotis gesehen.

Den ersten Fall von Parotitis nach Ovariotomie teilt Mundé mit, Patientin Isab. Mc. C., eine 33jährige virgo intacta, war an einer linksseitigen Ovarialgeschwulst erkrankt, die am Tage der Untersuchung 27. X. 1875 etwa die Grösse eines Uterus im VII. Monat der Gravidität zeigte. Da die Patientin die Radicalentfernung verweigerte, so wurde am 2. XI. 1875 die Punction gemacht. Die ersten 6 Tage nach der Operation verliefen günstig. Dann begann die Patientin plötzlich über Schmerzen im Abdomen zu klagen, der Puls stieg auf 120, der Collaps war jeden Augenblick zu befürchten. Da das Allgemeinbefinden sich verschlimmerte und am 10. Tage nach der Punction die Geschwulst wieder die frühere Grösse erreicht hatte, so wurde am 14. XI. 1875 trotz schwerer Peritonitis die Ovariotomie gemacht. In der Geschwulst befand sich eitrige Flüssigkeit. Der Zustand besserte sich nicht, die Peritonitis nahm zu. In der Nacht vom 16-17. XI. 1875 stellten sich Delirien ein. Am 19. XI. 1875 trat unter stetiger Abnahme der Kräfte eine Parotitis dextra auf. Patientin war moribund. Am 20. XI. 1875 Mors. Section nicht gestattet.

Der zweite Fall von Parotitis nach Ovariotomie berichtet Bantock. An seiner Patientin, einer 47jährigen Frau, wurde am 18. VI. 1879 die Ovariotomie gemacht. Nach der Operation war stets eine leichte Temperatursteigerung vorhanden. Am 4. Tage war das Aussehen der Wunde gut. Am 14. Tage trat eine Entzündung des linken Auges und Schmerzen am Kopf ein. Am 15. Tage begann eine Schwellung der linken Parotis. Am 19. Tage wurden 2 Incisionen unter dem Ohre gemacht, während ein Durchbruch in dem äusseren Gehörgang spontan entstand. Der Zustand verschlechterte sich, es trat Coma ein. Am 20. Tage nachts 12 Uhr Mors. Bei der Section wurde nichts Infectiöses in der Bauchhöhle gefunden. Bezüglich der Aetiologie sagt Bantock: idipathie otitis and parotitis, with necrosis of bone, followed by pygaemia.

Die nächsten 5 Fälle beobachtete Moerike:

Seine erste Patientin war eine 32jährige Frau B.,

an der am 9. II. 1877 die Punction des Ovarientumors gemacht wurde. In den nächsten Tagen fieberte die Patientin ziemlich. Nachdem sie fieberfrei geworden, der Puls jedoch noch frequent und klein war, wurde am 19. II. 1877 die Ovariotomie vorgenommen. Das Peritoneum war stark injiciert, mit dicken fibrinösen Auflagerungen bedeckt, deutliche Peritonitis vorhanden. Die ersten Tage post operationem waren fieberfrei. Am 4. Tage begann eine Schwellung der linken, am 9. Tage eine solche der rechten Parotis. Am 12. Tage bildete sich eine Fistel der linken Parotis, aus der sich Eiter entleerte, am 14. Tage wurde die Fistel erweitert, am 22. Tage die rechte Parotis incidiert, die ebenfalls vereiterte. Patientin genas. Die Temperaturcurven erreichten kurz vor Beginn der Parotitis den höchsten Stand von 39,5 Grad.

Seine zweite Patientin war eine 48jährige Frau Sch., welche seit fünf Jahren eine Ovarialgeschwulst hatte. Am 29. VI. 1879 wurde durch Ovariotomie der linksseitige Tumor entfernt, der starke Adhäsionen zeigte. Während die Patientin in den ersten Tagen nach der Operation fieberte, war sie am Morgen des 6. Tages fieberfrei. Am Abend begann unter Temperatursteigerung eine schmerzhafte Schwellung der linken Parotis. Am 11. Tage wurde eine Incision gemacht, aus der sich Eiter entleerte. Um den Uterus befand sich ein starkes parametritisches Exsudat, es entstand Decubitus, das Fieber stieg. Am 25. Tage Mors, Section nicht gestattet.

Bei seiner dritten Patientin, einer 65jährigen Frau L., einem decrepiden marantischen Individuum, wurde am 6. XI. 1879 die Ovariotomie vorgenommen. Am 6. Tage post operationem schwollen unter leichter Temperatursteigerung die rechte glandula sublingualis und submaxillaris, dann die Parotis und der Hals. Der Puls war klein und frequent. Am 15. XI. 1879 wurde eine Incision gemacht, aus der sich Eiter entleerte. Nachmittags Mors. Die Wunde war linear geheilt. Erbrechen und Uebelkeit nie eingetreten. Section nicht gestattet.

Seine vierte Patientin, eine 60jährige Frau Sch.,

wurde am 20. X. 1879 ovariotomiert. Der Ovarientumor war mit dem Netz und den Därmen stark adhärent, im Abdomen ascitische Flüssigkeit. Am 6. Tage erschien unter leichter Temperatursteigerung eine schmerzhafte Schwellung der rechten Parotis, die nach abermals sechs Tagen vollständig geschwunden war. Patientin genas.

Bei seiner fünften Patientin, der 34jährigen Frau E., wurde am 30. I. 1880 die rechtsseitige Ovariotomie gemacht. In den zwei ersten Tagen fieberte die Patientin leicht, dann war sie bis zum 7. Tage fieberfrei. An diesem Tage erschien unter mässiger Temperatursteigerung eine schmerzhafte Intumescenz der rechten Parotis und der rechten Halshälfte. Dieselbe dauerte eine Woche und bildete sich dann zurück. Ein kleiner Abscess direct unter der Haut wurde geöffnet. Patientin war zur Zeit der Veröffentlichung dieses Falles noch in Behandlung, da nach der Operation ein partus immaturus eingetreten war.

Mann machte 1883 eine beiderseitige Ovariotomie mit Amputation des Corpus uteri, nach der am 6. Tage eine Schwellung der linken Parotis auftrat, welche am 12. Tage wieder geschwunden war. Beim Verbandwechsel zeigte sich ein Abscess des linken Wundrandes. Mann glaubt, die Parotitis habe einen septischen Process zur Ursache, dessen Ausgang wahrscheinlich der Wundrandabscess sei.

Küstner platzte bei der Untersuchung der Patientin S. am 21. VII. 1884 ein Ovarialtumor. Es trat kein Fieber ein. Da sich der Tumor bis zum 28. VII. 1884 wieder gefüllt hatte, so wurde am 30. VII. 1884 die Laparatomie gemacht. Der Tumor gehörte dem linken Ovarium an, es waren zahlreiche Adhäsionen vorhanden. Die Reconvalescenz war durch einen Stichkanalabscess und Parotitis, welche nach vier Tagen auftraten, getrübt.

Den nächsten interessanten Bericht über Ovariotomie mit complicierender Parotitis finden wir bei Macdonald. Am 8. Tage nach der Ovariotomie, welche er an der 52jährigen Frau D. vornahm, trat eine Schwellung der

rechten Parotis auf, welche acht Tage dauerte und dann zur Resolution kam. In der Epikrise sagt Macdonald, dass dies sein zweiter Fall von Parotitis nach Ovariotomie sei und dass Dr. Thomas Keith ebenfalls zwei Fälle von Parotitis nach Ovariotomie beobachtet habe, von denen einer jedoch in Eiterung übergegangen sei. Er ist geneigt, an eine Reflexwirkung vom Ovarium auf die Parotis zu glauben.

Goodell erwähnt 3 Fälle von Parotitis nach Ovariotomie und einen Fall von Parotitis nach Cervixrissoperation, ohne eine Spur von Septichaemie und ohne Einfluss auf den Verlauf.

Matweff berichtet über zwei Fälle von Parotitis nach Ovariotomie. Bei dem einen Falle, dem von Pawloff, erschien bei der 44jährigen Patientin eine Schwellung beider Parotiden. Die Parotitis ging nicht in Eiterung über, es trat vollständige Genesung ein. Der zweite Fall, der von Sclaviansky, bezieht sich auf eine 44jährige Kranke, die am 30. I. 1885 durch Laparotomie von einem Kystom befreit wurde. Am 12. Tage nach der Operation intumescierten unter leichter Temperatursteigerung beide Parotiden. Die rechte wurde am 20. Tage, die linke am 21. Tage nach der Operation inciedirt, es entleerte sich Eiter. Am 25. Tage nach der Operation war der Puls und die Temperatur wieder normal. Patientin genas.

Terillon berichtet uns einen Fall von beiderseitiger Ovariotomie mit nachfolgender Parotitis suppurativa. Vor dem Erscheinen der Parotitis herrschte starke Obstipation, dem sich bald ein Oedem der unteren Extremitäten anschloss. Die Parotis wurde inciedirt. Am 6. Tage post operationem Mors. Die Section ergab Abscess der Stichkanäle, keine Peritonitis, dagegen starke Venenthromben.

Den nächsten Fall von Parotitis nach Ovariotomie beschreiben v. Preuschen und Schröder. Es handelte sich um eine 36jährige Frau, welche 4 Partus überstanden und nun abermals im 6. Monat gravid war. Einige Wochen vor der Operation hatte sie eine Peritonitis glücklich überstanden. In der Nacht vor der Ovariotomie, welche

am 16. VI. 1885 vorgenommen wurde, traten jedoch wieder sehr heftige peritonitische Erscheinungen mit starken Schmerzen, Erbrechen und Pulssteigerung ein. Der Ovarialtumor zeigte Zeichen von Gangrän. Die peritonitischen Erscheinungen dauerten nach der Operation fort. Am 2. Tage post operationem trat Partus praematurus ein. Am 3. Tage erschien eine Schwellung der rechten Parotis, der Glandula sublingualis und submaxillaris, ein Oedem der Gaumenbögen und der Uvula. Am folgenden Tage wurde die Parotis inciedirt. Es entleerte sich kein Eiter. Die Schwellung sämtlicher Drüsen ging völlig zurück. Nach 14 Tagen wurde Patientin geheilt entlassen.

Spene Keith machte am 19. VII. 1886 an einer 46jährigen Frau die rechtsseitige Ovariotomie. Am Abend des 4. Tages klagte die Patientin über Krämpfe der etwas angeschwollenen linken unteren Extremität. Der Puls betrug 116. Es bildete sich eine Phlegmasia dolens, zu der am 7. Tage häufiges Erbrechen trat, der Puls stieg auf 136 und wurde sehr unregelmässig. Die Auscultation des Herzens ergab unbestimmte und regellose Töne, die den Verdacht erregten, es seien Thromben aus den Venen der linken Extremität nach dem Herzen geschleppt worden. In den nächsten Tagen besserte sich der Zustand der Patientin, der Puls wurde langsamer und betrug am Abend des 10. Tages 80. Auch die Schwellung der linken unteren Extremität ging zurück. Plötzlich erschien am 11. Tage unter Temperatursteigerung eine starke und schmerzhafte Schwellung der rechten Parotis mit Uebergang in Suppuration. Die Eiterung dauerte 16 Tage. 7 Wochen nach der Operation wurde die Patientin geheilt entlassen. Derselbe Autor erwähnt auch einen Fall von Parotitis nach Entfernung einer bösartigen Geschwulst am Nabel. In diesem Falle war von Septichaemie nichts zu sehen und Eiterung nicht vorhanden.

Den nächsten Fall von Parotitis nach Ovariotomie finden wir bei Olshausen. Bei einem sehr herabgekommenen Individuum trat am 5. Tage nach der Ovariotomie bei einer Temperatur von 39,7° eine Schwellung beider

Parotiden ein, die bis zum 10. Tage vollständig zurückgebildet war. Abscess war nicht vorhanden, dagegen Decubitus. Die ersten 4 Tage nach der Operation waren fieberlos.

Bei der 26jährigen Patientin Bumms, die an rechtsseitiger Ovarialgeschwulst litt, trat am 17. 9. 1886 Stieltorsion ein und im Anschluss daran heftiger Schmerz und Erbrechen. Am 18. 9. 1886 wurde der Tumor entfernt. Schon am Tage nach der Operation trat Erbrechen faeculenter Massen auf, Fieber war nicht vorhanden. Die Wunde heilte per primam intentionem. Am 6. Tage schwoll unter Temperatursteigerung die linke Parotis, am 12. Tage wurde dieselbe incidiert, es entleerte sich kein Eiter, dagegen trübes Serum und eitrig verfärbte Gewebsfetzen. Der grösste Teil der Drüse vereiterte. Mann fand den Staphylococcus aureus. Bumm führt auch einen Fall an, wo bei einem Knaben nach einer perforierenden Wunde des Abdomens Entzündung beider Parotiden eintrat.

Im folgenden will ich nun zwei Fälle von Parotitis nach Ovariotomie schildern, die auf der hiesigen Martinschen Frauenklinik zur Beobachtung kamen, und die mir Herr Privatdocent Dr. A. Martin zur Veröffentlichung überlassen hat.

1. Fall.

Anamnese und Status vom 23. 11. 1892.

Bertha Sch., 30 Jahr, Dienstmädchen, giebt an, mit 16 Jahren zuerst menstruiert zu haben. Die Menstruationen waren stets regelmässig. Patientin hat vor 4 Jahren einmal geboren und angeblich ein schweres fieberhaftes Wochenbett durchgemacht. Einmal hat sie abortiert. In der letzten Zeit ist die Periode oftmals ausgeblieben, zuweilen 6 Wochen lang, dann sind jedoch länger andauernde Blutungen aufgetreten. Seit 14 Tagen blutet sie wieder beständig. Sie klagt über Schmerzen im Unterleib, über Ausfluss und Appetitlosigkeit. Auch hat sie Hitze und Frost. Der Uterus ist median gelegen und nicht vergrössert. Rechts von demselben befindet sich ein ihm dicht anliegender hühnereigross Tumor von elastischer

Consistenz. Links vom Uterus sitzt im Parovarium ein faustdicker knolliger Tumor.

Diagnose: Tumor ovarii duplex.

Am 30. 11. 1892 wird die Ovariotomie und Salpingotomie gemacht.

Operationsbericht.

Der Tumor der linken Seite ist mit dem Darm in grosser Ausdehnung verwachsen, derselbe bricht während der Operation ein und entleert eitrigen Inhalt. Die Freilegung des Stieles gelingt nur nach Ablösung der adhaerenten Darmschlingen. Am Uterus ist die Masse sehr fest verlöthet, sodass die Trennung der Geschwulst im linken Harn vorgenommen werden muss. Bei der weiteren Unterbindung erweist sich das Ligamentum latum in ganz ungewöhnlicher Weise verdickt. 5 Ligaturen werden verbraucht. Der stark infiltrirte Stumpf und seine breite Oberfläche wird mit Catgutfäden überhäutet. Die Starrheit der Ränder ist ein sehr grosses Hindernis für die Bedeckung der Wundfläche, obwohl bei der Operation darauf Rücksicht genommen, und die Excisionsfläche keilförmig zugeschnitten wurde. Am Uterushorn ist das Gewebe so morsch, dass der Faden überall einreisst und die Nadel durchschneidet. Die Ueberhäutung gelingt nur unvollkommen, doch steht die Blutung. Der rechts seitlich gefühlte Knoten wird von den Verwachsungen im Lig. latum gelöst. Es ergiebt sich, dass derselbe in der Wand des Uterus liegt unabhängig vom Ovarium und Tube. Es wird beschlossen, diesen Knoten zurückzulassen. Ovarium und Tube werden gelöst. Das Ovarium ist eigentümlich stark verlagert, die Lig. ovarii auffallend verdickt.

Die Reconvalescenz verlief folgendermassen: 2. Tag: Temp. 37,7°, sehr wenig Erbrechen.

In den nächsten Tagen schwankt die Temperatur zwischen 37,2° — 37,7°

5. Tag: Klagen über Halsschmerzen.

6. Tag: Temp. 38,2°.

7. Tag: Temp. 38,1°. Der Rachen ist gerötet, linke Mandel etwas geschwollen.

In den folgenden Tagen ist die Temperatur normal.
12. Tag: Temp. 38,1°. Durstgefühl.
14. Tag: Temp. 37,8°. Schwellung beider Unterohrgegenden.
15. Tag: Temp: 38,4°.
17. Tag: Temp. 38,8°. Parotitis.
20. Tag: Temp. 38,6°.
21. Tag: Temp. 38,3°. Gliederschmerzen.
25. Tag: Temp. 38,4°. Parotisgegend stark infiltriert.
27. Tag: Temp. normal. Schmerzen lassen nach.
29. Tag: Temp. 38,2°. Bauchwunde eitrig. Geruch faeculent.
31. Tag: Temp. 38,2°. Brettharte Infiltration der Parotis und Umgebung.
41. Tag: Temp. 37,8°. Fluctuation der Schwellung.
42. Tag: Abscedirung der Parotis, Incision.
In der Folgezeit ist Temperatur und Befinden normal.
61. Tag: Incisionswunde der Wange verheilt.
62. Tag: Entlassung der Patientin.

II. Fall.

Anamnese und Status vom 5. 6. 1893.

Frau Amalie K., 64 J. alt, hat mit 17 Jahren zuerst menstruiert, die Menopause ist mit 52 J. eingetreten. Sie hat 7 mal reife Kinder ausgetragen und einmal abortiert: auch hat sie viele Krankheiten durchgemacht. Der Appetit ist schlecht, Stuhlgang ohne Beschwerden, dagegen bestehen solche beim Urinieren. Der Uterus liegt retroflectiert und prolabiert, an der Portio befinden sich stark geschwürige Erosionen. Es beseht Prolapsus vaginae et uteri.

Am 6. 6. 1893 wird der Uterus samt den Adnexen per vaginam exstirpiert, eine Colporrhaphia anterior und posterior gemacht.

Operationsbericht.

Der Uterus liegt retroflectiert und vollständig vor den Genitalien, derselbe ist 9 cm lang. Die Portio ist knollig hypertrophiert und in grosser Ausdehnung mit Granulationsgewebe bedeckt, dasselbe trägt schmutzigen Belag. Der

Douglas und das Peritoneum werden ohne Blutverlust eröffnet, es entleert sich eine Menge ascitischer Flüssigkeit. Das Peritoneum ist ödematös geschwollen. Der Uterus wird sodann im Douglas und an den Seiten gelöst. Die vordere Peripherie der Portio wird umschnitten. Beide Ovarien, welche hochgradig atrophisch und auffallend lang sind, werden mit fortgenommen. Die Wundränder und das Peritoneum werden mit dem Scheidengewölbe vernäht.

Die Tage nach der Operation verliefen wie folgt:

1. Tag: Temp. normal. Erbrechen.
2. Tag: „ „ „
3. Tag: „ „ „
4. Tag: Temp. 38,7°. Erbrechen.
5. Tag: Temp. 38,5°. Erbrechen. Auftreten von rechtsseitiger Parotitis. Auflegen einer Eisblase.
6. Tag: Temp. 38,5°. Puls 130. Erbrechen.
7. Tag: Temp. 37,5°. Puls 110.
8. Tag: Temp. 38,3°. Puls 130. Linksseitige Parotitis. Hals- und Schluckbeschwerden.
9. Tag: Temp. 38,7°. Puls 140. Parotitis rechts zurückgegangen. Patientin verweigert die Eisblase. Appetitlosigkeit. Temp. steigt abends bis 40,2°. Patientin ist moribund.
10. Tag: Temp. morgens 38,5°, sinkt nachmittags unter 37°. Die linksseitige Parotitis hat zugenommen und zeigt ein wenig Fluctuation. Parotis rechts hart. Abends Tod an Sepsis.

Section.

Abdomen etwas vorgewölbt, Darmschlingen mässig aufgetrieben, Colon transversum unter dem Nabel, Netz zusammengerollt, Dünndarmschlingen mit einander und mit der vorderen Bauchwand verklebt. Bei Lösung dieser Verklebungen öffnen sich zahlreiche kleine Abscesse mit gelblichem Eiter, die sich zwischen den verklebten Peritonealblättern gebildet haben. Im kleinen Becken befindet sich eine kleine Menge trüber hämorrhagischer Flüssigkeit. Uterus und Adnexe fehlen. Vordere und hintere Scheidenwand sind unmittelbar durch Nähte ver-

einigt. Die Wundränder schliessen nicht fest aneinander, stellenweise klaffen sie, weil die Näthe das Gewebe durchschnitten haben. Auf den Wundrändern und in den Stichkanälen befindet sich eitriges Secret. Parotis ist beiderseits vergrössert und palpabel. Bei der Incision rechts quillt reichlicher, dicker, grüner Eiter hervor. Microscopisch sind sowohl im Parotisabscess als in den kleinen Abdominalabscessen Streptococcen und wenig Staphylococcen nachweisbar. Diagnose: Peritonitis purulenta mit Abscessbildung zwischen den verklebten Darmschlingen.

Wenn wir jetzt an die Aetiologie der Parotitis nach Ovariotomie herangehen, so müssen wir, um eine möglichst klare Vorstellung von der Entstehung dieser Species von Parotitis zu gewinnen, zunächst die Ansichten, welche bereits frühere Autoren aufgestellt haben, etwas genauer betrachten und dieselben einer Prüfung auf ihre Richtigkeit unterwerfen.

Von sehr hervorragender Seite ist darauf hingewiesen worden, dass diese Parotitis nur nach Ovariotomie entstehe und noch nicht nach anderen Operationen am Genitaltractus des Weibes oder sonstigen Laparotomien beobachtet sei. Ich habe eine ganze Reihe von anderen Operationen angeführt, denen Parotitis gefolgt ist. Wir finden die Parotitis nach Cervixamputationen, nach Cervixrissoperationen, nach Operationen am Nabel, nach Haemorrhoidaloperationen. Billroth erwähnt einen Fall von Parotitis nach Hodenquetschung. Rosenbach erwähnt zwei Fälle von Parotitis nach Herniotomie, der eine war allerdings mit Sepsis, der andere mit Peritonitis compliciert. Doch auch unter den angeführten Fällen von Parotitis nach Ovariotomie sind einige mit Peritonitis und Sepsis compliciert, mithin nicht ganz reine Fälle. Auf dem diesjährigen Chirurgen-Congress zu Berlin wurde auch erwähnt, dass Parotitis nach Strumaoperationen bemerkt wäre. Man beobachtete eine Parotitis nach einer perforierenden Wunde des Abdomens. Diese Fälle beweisen wohl zur Genüge, dass die Ansicht, nur die Ovariotomie könne mit Parotitis combiniert sein, eine irrtümliche ist.

v. Preuschen kommt der eigentlichen Ursache schon näher. Wie bei dem Pawlowschen Experiment, so sagt er, die Eröffnung der Leibeshöhle und das Hervorziehen einer Darmschlinge in der Mehrzahl der Fälle eine Verminderung oder sogar gänzliches Sistieren der Speichelabsonderung bewirke, die nach Schluss der Bauchhöhle noch mit derselben Intensität fortdauern könne, so sei es auch bei der Ovariotomie der Fall, bei der ja dem Tierexperiment ganz ähnliche Verhältnisse vorhanden wären. Durch das Aufhören der Speichelsecretion aber würde den in der Mundhöhle immer vorhandenen entzündungserregenden Noxen das Hinderniss für die Einwanderung in den Ductus Stenonianus und damit in die Parotis beseitigt, da bei vorhandenem Speichelfluss ein Zurückschwemmen derselben in die Mundhöhle stattfinden oder wenigstens die Einwanderung sehr erschwert würde. Auf diese Weise käme dann die Entzündung der Parotis zu stande; dieselbe würde auch noch dadurch begünstigt, dass in den ersten Tagen nach der Operation die Patientinnen so gut wie gar keine Nahrung, nicht einmal flüssige erhielten, wodurch die Mundflüssigkeit in einem Zustand der Ruhe versetzt werde, welcher der Entwickelung der Entzündungserreger nur zu statten kommen könnte.

Auch diese Ansicht ist nicht im ganzen Umfang aufrecht zu erhalten. Es ist allerdings auffällig, dass bei den meisten Fällen der Parotitis nach Ovariotomie die Operation infolge der allseitig festen Adhaesionen eine sehr schwierige war, aber es sind auch solche darunter, die leicht waren und nur kurze Zeit dauerten. Wäre diese Ansicht richtig, dann müsste bei der grossen Anzahl von Ovariotomieen häufiger Parotitis bemerkt sein, es müssten dann auch Parotitiden nach Herniotomie bemerkt sein, was nicht der Fall ist, ausgeschlossen sind natürlich jene Fälle, wo nach Herniotomie Peritonitis oder gar Sepsis auftrat. Auf diese Weise lässt sich auch nicht die Parotitis nach Cervixoperationen erklären.

Moerike glaubt an einen sympathischen Connex zwischen Ovariotomie und Parotitis, wie er bei Parotitis

epidemica zwischen der Parotis und den Erscheinungen am Genitaltractus beobachtet werde.

Die Ansicht Moerikes ist auch nicht aufrecht zu erhalten, denn nicht blos nach Operationen am Genitaltractus ist Parotitis bemerkt worden.

Bumm fand bei Patientinnen Staphylococcen im Wundsecret und neigt sich der Ansicht zu, dass es eine Staphylococceninvasion von der Mundhöhle in die Parotis sei, obgleich er einen sympathischen Connex zwischen Ovariotomie und Parotitis nicht für ausgeschlossen hält.

Den Ansichten dieser Autoren kann ich mich nicht ganz anschliessen und bin folgender Meinung:

Bei der Parotitis, die nach Ovariotomie zur Beobachtung kommt, ist stets eine Infection vorhanden. Um diese aber hervorzurufen, giebt es zwei Möglichkeiten, es kann der Entzündungserreger aus dem Munde in die Drüse einwandern, oder es kann derselbe durch die Blutbahn der Drüse zugeführt werden. Für die Möglichkeit einer Entzündung der Parotis von der Mundhöhle spricht, dass auch im Mund- und Pharynxschleim ganz gesunder Micrococcen in specie der Staphylococcus pyogenes aureus beobachtet ist, hierfür spricht, dass auch schon nach anderen Operationen Parotitis auftrat. Zudem thuen die meisten Patientinnen kaum etwas für die Pflege ihres Mundes, wodurch der Anhäufung von Schleim und Micrococcen Vorschub geleistet wird. Ein begünstigendes Moment ist auch der Umstand, dass die Patientinnen in den ersten Tagen nach der Operation so gut wie gar keine Nahrung zu sich nehmen, wodurch die Mundhöhlenflüssigkeit in einen Zustand der Ruhe versetzt wird, welcher der Entwickelung von Entzündungserregern nur zu statten kommen kann. Auch die Entzündung der Glandula sublingualis und submaxillaris, welche sowohl gleichzeitig oder sogar noch eher als die Parotitis auftreten kann, sprechen für eine Infection von der Mundhöhle aus. Auch die Chloroformnarcose spielt eine Rolle. Durch das Chloroform nämlich wird die Parotis zu starker Hypersecretion angeregt. Sobald die Narcose tief ist

tritt Stillstand der Secretion ein, teils in Folge Ermüdung der Drüse, teils in Folge Erschlaffung der Nerven. Durch den Stillstand der Secretion aber kommt ein sehr wichtiges Moment in Wegfall, während nämlich unter normalen Verhältnissen der Secretionsfaden eine physiologische Obturation des Ductus Stenonianus bildet, ist dies in der Narcose nicht mehr der Fall, es können die Pilze ungehindert in die Parotis einwandern. Dazu kommt noch die Apathie nach der Narcose, in welcher Schluckbewegungen so gut wie nicht ausgeführt werden, sodass die, wenn auch in geringem Masse, sodoch immer noch vorhandene Mundhöhlenflüssigkeit günstige Verhältnisse für die Entwickelung der in der Mundhöhle immer sich findenden Entzündungserreger bietet. Für eine Cocceninvasion von der Mundhöhle aus spricht auch der Umstand, dass nach Ovariotomie mit complicierender Parotitis noch nie eine Schwellung der Brustdrüse beobachtet ist, wie es doch bei Parotitis epidemica häufig der Fall ist. Die zweite Möglichkeit, welche eine Parotitis noch Ovariotomie hervorrufen kann, ist die Infection durch die Blutbahn. Soviel auch versucht worden ist, diese Art der Entstehung der Parotitis nach Ovariotomie durch die Blutbahn zu leugnen und an Stelle des noch rein sympathischen Connexes der Parotitis mit den Operationen am Genitalorgan die verständlichere und mehr zusagende Erklärung der Parotitis durch Cocceninvasion von der Mundhöhle zu setzen, so kann man bei ruhiger Ueberlegung und Betrachtung aller Umstände doch nicht umhin, auch in der Operation am Geschlechtsapparat ein Hauptmoment für die Entstehung der Parotitis zu sehen. Billroth sah eine Parotitis nach Hodenquetschung auftreten. Beruhte die Parotitis nach Operationen am Geschlechtsapparat nur auf Cocceninvasion von der Mundhöhle aus, so müsste dieselbe häufiger nach anderen Operationen bemerkt sein. Auch die Entzündung der Glandula sublingualis und submaxillaris spricht nicht gegen einen sympathischen Connex, denn auch bei der Parotitis epidemica hat Penzoldt Entzündung der Glandula sublingualis und submaxillaris beobachtet,

ohne dass die Parotis irgend wie afficiert gewesen wäre.

Warum nun in dem einen Fall die Parotitis vereitert, in anderen Fällen nicht, ist schwer zu sagen. „Es ist eine höchst merkwürdige Wandelbarkeit und Inconstanz der Wirkungen der Microorganismen. Wir sehen denselben Pilz, der hier auf einer gut granulierenden Wunde sich findet oder eine kleine Acnepustel bewirkt, dort eine Phlegmone machen, die unter hohem Fieber unaufhaltsam zum Exitus letalis führt; wir sehen denselben Pilz, der hier in den Lochien einer leicht fiebernden Wöchnerin anscheinend unschuldig vegetiert, dort eine allgemeine Sepsis hervorrufen und seine Infectiosität durch eine förmliche Puerperalfieberepidemie documentieren. In den Schrunden der Brustwarze stillender Wöchnerinnen finden sich häufig der Staphylococcus aureus und albus, man kann die Quantität dieser Pilze noch durch Aufschmieren ganzer Reinculturen aufs reichlichste vermehren, ein Abscess der Brustdrüse kommt desshalb nicht notwendig zu stande. Es ist ein Fall beobachtet, wo der Streptococcus pyogenes massenhaft in den Schrunden und in der Milch auftrat, ohne dass sich eine Entzündung einstellte. Pyogene Coccen sind im Eiter gut granulierender und verheilender Wunden sehr häufig. Wie oft ist da bei Verletzung der Granulationen den Pilzen Gelegenheit gegeben ins Gewebe einzudringen." Wahrscheinlich handelt es sich bei Vereiterung der Drüse um eine Infection durch die Blutbahn, bei Resolution um eine Cocceninvasion von der Mundhöhle aus.

Der erste der von mir neu angeführten Fälle von Parotitis nach Ovariotomie betrifft ein sehr unsauberes Individuum, die nach überstandener Krankheit einer Anstalt in Blankenburg überwiesen wurde. Während schon am 7. Tage Rötung des Rachens und Schwellung der linken Mandel vorhanden war, schwollen die Parotisgegenden erst gegen den 14. Tag. Die vorherige Rötung des Rachens und der Mandel spricht sehr für eine Infection von der Mundhöhle aus.

Beim zweiten Fall, der an Sepsis zu Grunde ging,

fanden sich im Parotiseiter Streptococcen und wenig Staphhylococcen. Die Streptococcen werden durch die Blutbahn zur Drüse geschleppt sein, die Staphylococcen werden aus der Mundhöhle in die Drüse eingewandert sein.

Die verschiedenen Ansichten der älteren und neueren Autoren über die Entstehung und das Vorkommen der Parotitis in specie der Parotitis nach Ovariotomie und dessen pathologisch-anatomischen Befund kurz darzulegen, das war die Aufgabe, die mir Herr Privatdocent Dr. A. Martin stellte, und die ich, soweit es der enge Rahmen einer Dissertation gestattet, zu lösen versucht habe.

Eine angenehme Pflicht habe ich nun am Schlusse meiner Arbeit noch zu erfüllen. Herrn Privatdocenten Dr. A. Martin fühle ich mich zu Dank verbunden für die gütige Ueberlassung des Themas. Seinem Assistenzarzte, Herrn Dr. Ostermann, der mir bei der Anfertigung dieser Arbeit in liebenswürdiger Weise mit Rat und Belehrung zur Hand ging, widme ich meinen wärmsten Dank.

Thesen.

I.

Bei der Parotitis nach Ovariotomie kann ein Connex zwischen der Operation am Genitalapparat und der Entzündung der Parotis nicht geleugnet werden.

II.

Die Beerdigung der Leichen ist der Verbrennung vorzuziehen.

III.

Uebung in bacteriologischen Untersuchungen ist für den practischen Arzt durchaus erforderlich.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Jacob Heinrich Hugo Rüttermann, kathol. Glaubensbekenntnisses, Sohn des Betriebsführers der Steinkohlengrube Consolidation II zu Schalke i. Westf. Ernst Rüttermann und dessen Ehefrau Helene Aufderheide, wurde geboren am 15. Oct. 1866 zu Essen a. d. Ruhr. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Gymnasium seiner Vaterstadt und auf dem Gymnasium zu Recklinghausen, welches er am 1. August 1889 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Das erste Semester war er auf der Universität zu München immatriculiert, die folgenden drei Semester auf der Universität zu Würzburg, wo er am 13. Juli 1891 das Tentamen physicum bestand. Das fünfte Semester verbrachte derselbe auf der Universität zu Leipzig, das sechste, siebente und achte war er auf der Universität zu Berlin immatriculiert. Das Examen rigorosum bestand er am 11. Juli 1893.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren:

zu München: v. Baeyer, Hofer, Loew, Rüdinger.

zu Würzburg: Bonnet, Decker, Fick, Fischer, Geigel, v. Kölliker, Röntgen, v. Sachs, Semper.

zu Leipzig: Böhm, Döderlein, Hagen, Hiss, Karg, Krehl, Thiersch, Urban.

zu Berlin: A. Baginsky, Benno Baginsky, Behrendt, von Bergmann, Burchardt, Gravitz, Klemperer, Martin, Olshausen, Rubner, Senator, Winter, M. Wolff, Virchow.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser an dieser Stelle in Ehrerbietung seinen aufrichtigen Dank aus.